

## Dependência e uso nocivo do álcool

Autores: Ronaldo Laranjeira e Claudio Jerônimo

UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - Departamento de Psiquiatria - EPM-UNIFESP

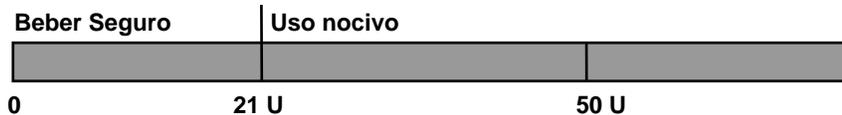
A dependência do álcool atinge cerca de 10% da população. Nos Estados Unidos, o custo econômico por abuso de álcool excedeu \$115 bilhões em 1983. De acordo com o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), esta quantia chegou a \$130 bilhões em 1990 e \$ 246 bilhões em 1998. Embora freqüente, a dependência do álcool é pouco diagnosticada pelos médicos. Em geral o foco dos profissionais estão nas doenças físicas associadas e não na dependência subjacente. A demora em se fazer o diagnóstico e estabelecer o tratamento pioram o prognóstico e propiciam uma idéia de que os pacientes dependentes de álcool raramente se recuperam. Quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento melhor as chances de melhora do paciente. O médico clínico deve estar apto a fazer o diagnóstico, tratar os casos de dependência leve e uso nocivo e encaminhar ao especialista os pacientes com dependência moderada e grave.

### Beber de baixo risco

Existe uma quantidade de ingestão de bebida alcoólica que pode ser considerada de baixo risco. Usamos a unidade de álcool, que é 10 g de álcool de puro, para medir o quanto uma pessoa ingere de bebida alcoólica. Uma lata de cerveja normalmente contém cerca de 350 ml, e a concentração é ao redor de 5%, ou seja, 17 g de álcool, ou 1,7 unidades de álcool. Uma dose de pinga com 50 ml com concentração ao redor de 50% teria o equivalente a 2,5 unidades. Um copo de vinho contém cerca de 1 unidade. Um homem adulto pode beber até 21 unidades de bebida alcoólica por semana, sendo no máximo 3 unidades por dia. Uma mulher adulta não grávida pode beber até 14 unidades por semana, não mais que 2 unidades por dia (**FIGURA 1**). A quantidade é diferente na mulher por conta da absorção maior, e da quantidade de gordura corporal proporcionalmente maior que o homem, o que aumenta a biodisponibilidade do álcool. Além desta quantidade a pessoa estaria colocando a sua saúde em risco.

**FIGURA 1: faixa do beber seguro e uso nocivo de bebidas alcoólicas em unidades de álcool.**

#### HOMENS :



#### MULHERES :



### Uso nocivo

De acordo com a OMS o diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário. Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais adversas de vários tipos. O Uso Nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de Dependência, um distúrbio psicótico ou outra forma específica de distúrbio relacionado ao álcool ou drogas estiver presente.

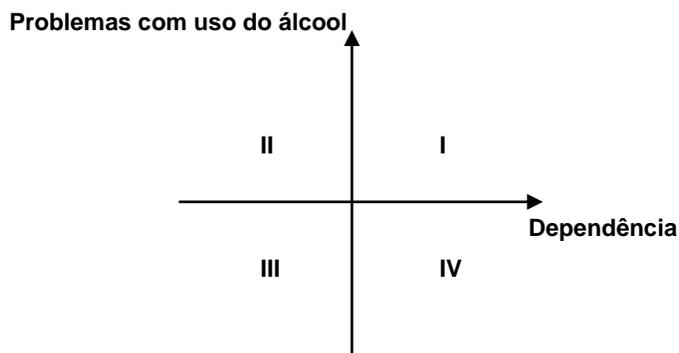
### Síndrome de Dependência

A OMS ( Organização Mundial de Saúde) adota o conceito de Síndrome de Dependência ao Álcool (SDA) cujos critérios estão descritos a seguir: **(1) Estreitamento do repertório de beber:** No começo a pessoa bebe com uma certa variabilidade. A medida que fica mais dependente, começa a beber todos os dias, e o padrão se torna estereotipado – começa a beber todos os dias cedo, na hora do almoço e à noite. **(2) Saliência do comportamento de busca do álcool:** O indivíduo tenta dar prioridade ao ato de beber ao longo do dia, mesmo nas situações socialmente inaceitáveis (por exemplo, no trabalho, quando está doente, dirigindo veículos, etc.). **(3) Aumento da tolerância ao álcool:** Aumento da dose para obter o mesmo efeito ou capacidade de executar tarefas mesmo com altas concentrações sanguíneas de álcool. **(4) Sintomas repetidos de abstinência:** Os sintomas de abstinência mais marcantes como tremor intenso e alucinações só ocorrem nas fases mais severas da dependência. No início, esses sintomas são leves, intermitentes e causam muito pouca incapacitação. Sintomas de ansiedade, insônia e irritabilidade podem não ser atribuídos ao uso de álcool. Três grupos de sintomas podem ser identificados: físicos (tremores, náusea, vômitos, sudorese, cefaléia, cãibras, tontura); afetivos (irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão); sensorial (pesadelos, ilusões, alucinações visuais, auditivas ou tácteis). **(5) Sensação subjetiva de necessidade de beber:** Existe uma pressão subjetiva para beber. Este sintoma foi atribuído no passado a uma compulsão. Atualmente considera-se como uma tendência psicológica a buscar alívio dos sintomas de abstinência. **(6) Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo beber:** Este é um sintoma que nas fases mais severas da dependência fica muito claro e a pessoa bebe pela manhã para sentir-se melhor. Mas ele também está presente nas fases mais iniciais quando a sua identificação necessita um pouco mais de cuidado. A pessoa pode sentir uma melhora do nível de ansiedade e não atribuir isto à abstinência. **(7) Reinstalação da síndrome após abstinência;** Após período de abstinência que pode ser de dias ou meses assim que a pessoa volta a beber passa em curto espaço de tempo a beber no mesmo padrão de dependência antigo.

### Dependência X Problemas

Existe uma distinção entre dependência e problemas relacionados à ela. Por exemplo, problemas no trabalho ou familiares não entram no critério de Dependência. Existem duas dimensões distintas: de um lado a psicopatologia do beber e que seria a Dependência propriamente dita; e do outro, uma dimensão enfocando todos os problemas que decorrem do uso ou da dependência do álcool. A **FIGURA 2** ilustra estas duas dimensões: no eixo horizontal a Dependência e no eixo vertical os problemas variando ao longo de um *contínuum*. No quadrante I estariam os indivíduos que na medida que aumentam a gravidade de Dependência aumenta a probabilidade de desenvolver problemas dos mais diversos. No quadrante II teríamos a condição onde o indivíduo embora não seja dependente, já pode apresentar problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas - por exemplo beber e dirigir, podendo sofrer acidentes. No

quadrante III estariam os indivíduos que não apresentam nem problemas nem dependência. São os indivíduos que fazem um uso de bebida alcoólica considerado normal ou de baixo risco. O quadrante IV inexistente ( dependência sem problemas) .



**FIGURA 2** : Desenho esquemático da relação entre dependência e problemas associados ao uso do álcool.

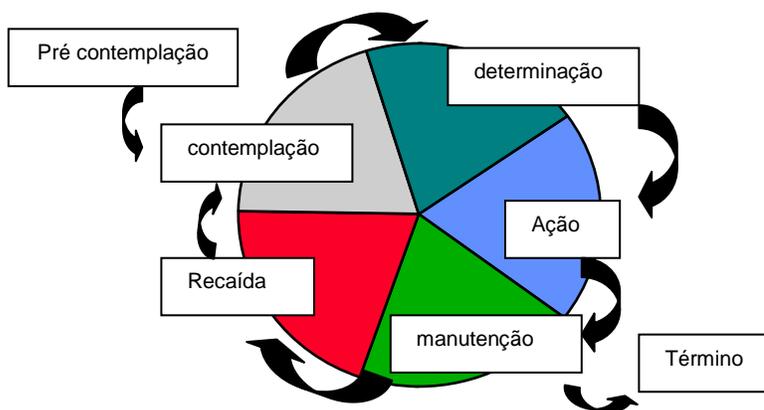
### Tratamento

O tratamento é um processo que começa com a desintoxicação passando por um tratamento ambulatorial que pode ser realizado pelo próprio clínico. O primeiro passo é o diagnóstico da dependência e da motivação do paciente. Também a motivação para mudança do comportamento é um processo. A motivação não é imutável, estática, ou seja, o paciente está motivado e aí o tratamento se aplicaria ou não está, e então nada se poderia fazer. Ao contrário existem vários estados entre estes dois extremos e o papel do médico passa a ser ajudar o paciente a se motivar ao tratamento. Isso só é possível com o entendimento do processo de mudança. Ele começa com o estado de **pré contemplação**, onde o paciente ainda não reconhece os problemas que a bebida lhe causa e não planeja mudar o seu comportamento. Nesta fase não seria efetivo aconselhar o paciente apenas a mudar o seu hábito ou os lugares que freqüenta. Antes, ele precisa se dar conta dos riscos de se continuar bebendo. Um modo de ajudar o paciente neste estágio é fazer com ele um quadro dos riscos e benefícios de se usar a substância (**QUADRO 1**). O estado seguinte é o de **contemplação**. Nesta fase o paciente está conseguindo avaliar, de forma mais clara, os custos e benefícios de se usar a bebida e já considera mudar o comportamento. Nesta fase o clínico pode ajudá-lo a avaliar quais situações que o deixa mais suscetível à beber e encontrar estratégia para evitá-las ou enfrentá-las de forma eficiente. A fase seguinte é a **ação**. Aqui o paciente já se decidiu pela mudança do comportamento e mudanças concretas podem ser feitas. O próximo estado de mudança é o da **manutenção**. O paciente já parou com o uso, fez mudanças concretas no seu comportamento e agora reúne estratégias para não recair, ou seja, manter-se abstinente. Importante observar que estes estados não são lineares. O paciente ao longo do tratamento flutua entre eles e podem ocorrer recaídas. As recaídas não significam um retorno ao estágio zero. As experiências anteriores são um aprendizado que o ajudam voltar à abstinência. A cada recaída o paciente pode voltar a qualquer estado do processo de mudança. A **FIGURA 3** ilustra estes estados de mudança.

**QUADRO 1** : Quadro para avaliação dos riscos e benefícios de usar o álcool

	<b>Usar</b>	<b>Parar de usar</b>
<b>Vantagens</b>	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• “relaxa”</li> <li>• Reúne os amigos</li> <li>• Esquece os problemas</li> <li>• etc.</li> </ul>	exemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• melhora o desempenho no emprego.</li> <li>• Melhora a relação com a família .</li> <li>• Economiza dinheiro</li> <li>• Melhora a saúde.</li> <li>• etc.</li> </ul>
<b>Desvantagem</b>	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perde o controle e a crítica do que faz.</li> <li>• Coloca em risco a saúde física.</li> <li>• Sente-se deprimido no dia seguinte.</li> <li>• Ressaca</li> <li>• etc.</li> </ul>	exemplos : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perde os amigos .</li> <li>• Não sei como me divertir sem o álcool.</li> <li>• etc.</li> </ul>

**FIGURA 3:** Esquema do processo de mudança do comportamento



## Estrutura das consultas

Pesquisas tem demonstrado que uma intervenção breve de uma consulta mensal com duração de não mais que 15 minutos de aconselhamento por quatro a cinco meses, pode ser efetiva nos casos de uso nocivo ou dependência leve. Se o paciente faz um uso nocivo, o médico pode fazer um aconselhamento cuja a meta não necessariamente precisa ser a abstinência mas pode ser uma orientação sobre a quantidade considerada beber de baixo risco. Se o paciente tiver uma dependência já instalada mais adequado e seguir a meta da abstinência total. Na **Primeira consulta** devem ser abordadas **(1)** questões com relação ao consumo de álcool visando estabelecer um diagnóstico de dependência e uso nocivo. (Quanto, com que frequência, quando, com quem, e quais os estímulos ambientais para o uso do álcool); **(2)** Avaliação médica geral; **(3)** Se houver ideação suicida ou algum outro problema médico considerar o encaminhamento ao especialista; **(4)** Pedido de exames complementares (hemograma completo, Gama GT e outros que se fizerem necessários de acordo com a avaliação médica); **(5)** Dar devolutiva da avaliação e estabelecer a meta (abstinência ou beber controlado); **(6)** Procurar estratégias comportamentais que auxiliem alcançar a meta estabelecida. **Segunda consulta: (1)** Avaliação do consumo do álcool desde a última consulta. Se o paciente conseguiu ou não cumprir a meta. Se não, quais as dificuldades que encontrou; **(2)** Avaliar o resultado dos exames complementares; **(3)** Reforçar a meta a ser seguida; **(4)** Fornecer material para leitura e auto ajuda. **Terceira consulta: (1)** Avaliação do consumo do álcool desde a última consulta. Se o paciente conseguiu ou não cumprir a meta. Se não, quais as dificuldades que encontrou; **(2)** Avaliar as vantagens e desvantagens de usar e não usar o álcool – isso ajuda o paciente a decidir entre beber e não beber (quadro 1); **(3)** Se algum exame estiver alterado, por exemplo o gama GT, e o paciente já estiver diminuindo a bebida, considerar repetir o exame. Isto serve para avaliar a melhora e mostrar de forma objetiva (em números) ao paciente antes de depois da diminuição do consumo. **Quarta consulta: (1)** Avaliar o uso de álcool desde a última consulta; **(2)** Rever os pontos de maior dificuldade para enfrentar as situações de risco, e discutir estratégias para enfrenta –las; **(3)** Avaliar o progresso do tratamento até o momento junto com o paciente. Considerar o encaminhamento para centro especializado nos casos onde não se alcançou melhora significativa. Se o paciente possui uma dependência já instalada a meta deve ser preferencialmente a abstinência e o clínico pode considerar o encaminhamento para um serviço especializado.

Alguns medicamentos podem ser utilizados junto com o aconselhamento. **(1) O Dissulfiram** , inibe a conversão hepática do acetaldeído em acetado através do bloqueio da ação da enzima acetaldeído desidrogenase. Se a pessoa ingere bebidas alcoólicas, a reação de metabolização do álcool pára no acetaldeído, que é uma substancia toxica para o sistema nervoso central. Os sintomas são náuseas, vômitos, aumento da pressão arterial, rubor facial e grande desconforto. O objetivo do uso dessa medicação não é o desconforto que ela pode provocar se o paciente ingerir bebidas alcoólicas, mas funciona como um breque psicológico na hora de beber. Ajuda o paciente na hora de decidir entre beber e não beber auxiliando-o na mudança do hábito. A medicação deve ser administrada sob orientação médica e com o consentimento do paciente que deve ser adequadamente informado das reações da interação do medicamento com o álcool. Os efeitos colaterais da droga em si são raros e incluem alguma formas de neuropatia, letargia, surtos psicóticos e aumenta o tempo de ação dos Anti-coagulantes, anticonvulsivantes e antidepressivos. A dose recomendada é de 250 mg por dia sendo que os efeitos persistem por até 14 dias depois da retirada da medicação e o

paciente deve estar informado disso. **(2) O naltrexone**, é um antagonista opiáceo. Sabe-se já há mais de duas décadas que o álcool altera a atividade dos receptores opiáceos. Aparentemente o álcool aumenta a atividade desses receptores indiretamente, talvez pelo estímulo dos opióides endógenos. O efeito desta estimulação aguda estaria envolvida na sensação de euforia produzida pelo álcool, que é um dos efeitos mais reforçadores desta droga. Estudos controlados tem demonstrados que uma dose de 50 mg de naltrexone / dia por doze semanas diminui consideravelmente o desejo de beber, a taxa de recaídas e a gravidade das recaídas. Nas doses acima de 50 mg diários pode induzir hepatotoxicidade dose-dependente, o que contra-indica o seu uso em pacientes com hepatite aguda e insuficiência hepática. Os principais efeitos adversos são: a)Náuseas (10% dos casos), que geralmente coincide com os níveis plasmáticos atingidos em 90 minutos depois da administração; b)Cefaléia; c)Vertigem; d)Ansiedade e irritabilidade; e)Fadiga; f)Insônia; f)Vômitos; g)Sonolência. **(3) O Acamprosato** Estudos mais recentes sugerem que sua eficácia decorra de antagonismo na neurotransmissão do receptor N-Metil-D-Aspartato (via excitatória), mais especificamente no sítio da glicina. A diminuição no consumo de álcool possivelmente esteja associado a redução de sintomas de abstinência, uma vez que, uma hiperexcitação do SNC acompanha e presumivelmente causa síndrome de retirada. O acamprosato é um droga segura que não interage com o álcool ou o diazepam e parece não Ter nenhum potencial de causar dependência. A dose é de 1332 mg por dia para um peso corporal abaixo de 60 kg e 1998 mg para um peso corporal acima de 60 kg. Não deve ser prescrito para indivíduos com insuficiência hepática ou renal.

### **Síndrome de Abstinência do álcool (SAA)**

A Síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas que aparecem quando as pessoas que bebem excessivamente diminuem ou param de beber. Os sintomas iniciais são tremores, ansiedade, insônia, náuseas e inquietação. Sintomas mais sérios ocorrem em aproximadamente 10 % dos pacientes, e incluem febre baixa, taquipnéia, tremores e sudorese profusa. Convulsões podem ocorrer em cerca de 5% dos pacientes não tratados com síndrome de abstinência do álcool. Outra complicação grave, é o *delirium tremens* (DT), caracterizado por alucinações, alteração do nível da consciência, e desorientação. A mortalidade nos pacientes que apresentam DT é de 5 a 25%

**Avaliação da síndrome de abstinência do álcool (SAA):** É possível classificar o comprometimento do usuário em dois níveis: *LEVE/MODERADO (nível I)* ou *GRAVE (nível II)*.

**Nível I:** a) leve agitação psicomotora; tremores finos de extremidades; sudorese discreta e facial; episódios de cefaléia; náuseas sem vômitos; sensibilidade visual, sem percepção auditiva e tátil alteradas. b) o contato com o profissional de saúde está íntegro; encontra-se orientado temporo-espacialmente; o juízo crítico da realidade está mantido; apresenta uma ansiedade leve; não relata qualquer episódio de violência auto ou hetero dirigida. C) mora com familiares ou amigos, e esta convivência está regular ou boa; sua atividade produtiva ainda vem sendo desenvolvida, mesmo que atualmente esteja desempregado/afastado; a rede social é ainda considerada existente. D) sem complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame geral.

**Nível II** - O comprometimento é *GRAVE*, quando o paciente apresentar-se com síndrome de abstinência grave com os seguintes aspectos: A) agitação psicomotora intensa; tremores generalizados; sudorese profusa; cefaléia; náuseas com vômitos; sensibilidade visual intensa; quadros epileptiformes agudos ou relatados na história pregressa. B) o contato com o profissional de saúde está prejudicado; o paciente encontra-se desorientado temporo-espacialmente; o juízo crítico da realidade está comprometido; apresenta-

se com uma ansiedade intensa; refere história de violência auto ou hetero dirigida; o pensamento está descontínuo, rápido e de conteúdo desagradável e delirante; observam-se alucinações auditivas táteis ou visuais. C) o relacionamento com familiares ou amigos está ruim; tem estado desempregado, sem desenvolver qualquer atividade produtiva; a rede social de apoio é inexistente ou restrita ao ritual de uso do álcool; não existe familiar que seja responsável pelo tratamento domiciliar. D) com complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves detectadas ao exame geral.

O **Tratamento é ambulatorial** para os pacientes com SAA leve (**NIVEL I**) e inclui: **A)** Orientar a família e paciente quanto à natureza do problema, tratamento e evolução do quadro; **B)** Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audio-visual; **C)** A dieta é livre, devendo haver atenção especial com a hidratação; **D) Reposição vitamínica:** tiamina intramuscular, nos primeiros 7-15 dias; após este período a prescrição passará a ser oral. Dos poucos estudos comparando doses de tiamina, foram recomendadas doses de 300mg/dia com o objetivo de evitar a síndrome de Wernick (a tríade clássica de sintomas: ataxia, confusão mental e anormalidades de movimentação ocular extrínseca - NÃO está sempre presente). **E) benzodiazepínicos (BDZs):** a prescrição deve ser baseada em sintomas. Diazepam: 20 mg via oral (VO) por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana; ou Clordiazepóxido: até 100 mg VO por dia, com retirada gradual ao longo de uma semana. Nos casos de hepatopatias graves, Lorazepam: 4 mg VO por dia, com retirada gradual em uma semana.

**Tratamento hospitalar** para os pacientes com SAA grave (**NIVEL II**) e inclui: **A)** monitoramento do paciente deve ser freqüente, com aplicação de escala (CIWA-Ar) – no anexo - que orienta a administração de medicamentos. **B)** A locomoção do paciente deve se restrita. **C)** As visitas devem ser limitadas. **D)** ambiente de tratamento deve ser calmo, com relativo isolamento, de modo a ser propiciada uma redução nos estímulos audio-visuais. **E)** A dieta deve ser leve, quando aceita. Pacientes com confusão mental devem permanecer em jejum, por risco de aspiração e complicações respiratórias; nesses casos, deve ser utilizada a hidratação por meio de 1.000 ml de solução glicosada 5%, acrescida de 20ml de NaCl 20% e 10ml de KCl 19,1%, a cada 8 horas. n **Contenção física** somente nos casos de agitação intensa quando não se é possível administrar as medicações. **G) Reposição vitamínica:** A mesma recomendada para os níveis anteriores. **H) BDZs:** a prescrição deve ser baseada em sintomas, avaliados a cada hora pela aplicação da escala CIWA-Ar. Quando a pontuação obtida for maior que 8 ou 10, administrar uma das seguintes opções: Diazepam: 10 - 20 mg VO a cada hora; Clordiazepóxido: 50 - 100 mg VO a cada hora; Nos casos de hepatopatias graves: Lorazepam: 2 - 4 mg VO a cada hora. A administração de BDZs por via intravenosa requer técnica específica e retaguarda para manejo de eventual de parada respiratória. Deve-se administrar no máximo 10mg de diazepam durante 4 minutos, sem diluição. Nos casos de DT pode – se fazer uso de haloperidal 5mg por via intramuscular, após Ter usado o diazepam, porque o haloperidal diminui o limiar para convulsão.